ITEM 298 : TUMEURS DE LA CAVITÉ BUCCALE, NASO-SINUSIENNES, DU CAVUM ET DES VOIES AÉRODIGESTIVES SUPÉRIEURES

ANATOMIE

- **Cavité orale ou buccale** : lèvres, vestibule labial et jugal, gencives, régions rétromolaires, plancher buccal, langue mobile, palais.
- **Nasopharynx** = **cavum = rhinopharynx** : base du crâne (corps du sphénoïde), bourrelets tubaires, paroi pharyngée postérieure.
- **Oropharynx** : base de langue, vallécule, sillon amygdaloglosse, voile du palais et piliers, amygdales linguales et palatines, paroi pharyngée postérieure.
- **Pharyngo-larynx** (**hypopharynx**) : sinus piriforme, paroi pharyngée postérieure, région rétro-crico-arythénoïdienne.
- **Larynx** :
  - **Supra-glottique** : épiglotte, replis ary-épiglottiques, aryténoïdes, bandes ventriculaires.
  - **Glottique** : cordes vocales, commissures antérieure et postérieure.
  - **Sous-glottique** : cricoïde.
- **Fosses nasales.**

Aires ganglionnaires

➞ Les cancers des VADS sont **très lymphophiles** (seules les petites tumeurs T1 du plan glottique ne nécessitent pas de traitement systématique des aires ganglionnaires).
- 1er relais de drainage : fréquemment situé en **zone IIa.**
- **Curage ganglionnaire** classique :
  - Zones **IIa, IIb, III, IV** ± étendu **Ia-Ib** (cavité orale ou face).
  - Bilatéral en cas de tumeur franchissant la ligne médiane.

Classification de Robin			
	Ia : sous-mentale (cavité orale)	IIb : sus et rétro-spinale	Va : spinale
	Ib : sous-mandibulaire	III : jugulo-carotidienne moyenne	Vb : cervicale transverse
	IIa : sous-angulo-mandibulaire	IV : sus-claviculaire	VI : pré-laryngé (larynx)

EPIDÉMIOLOGIE

= 15 % des cancers de l'homme = 16 000/an = 6e le plus fréquent (↘ incidence), 80 % homme, 2 % chez la femme (↗).
- Mortalité élevée (5000 décès/an), 5e range tous sexes confondus.
- Pic de fréquence : 60-70 ans.
- Niveau socio-économique souvent bas.

Cancer de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx et du larynx	- Touche essentiellement les **hommes** (95 %) **éthylo-tabagiques**, fréquence maximale = 45 à 70 ans ; HPV (oropharynx). - Histologie : **carcinome épidermoïde** (>95 %), **indifférencié** (cavum), **lymphome.** - Extension : **lymphatique ++** (sauf cancer glottique), **MT à distance** (40 %, mais < 10 % au diagnostic). - Recherche systématique de cancer associé (20 % des cas) **synchrones ou métachrones** : cancer de l'œsophage, du poumon, de la vessie ou autre cancer des VADS.
Cancers spécifiques	- **Cancer de l'éthmoïde** : **adénocarcinome**, dû aux **poussières de bois.** ➞ Maladie professionnelle pour les travailleurs du bois, jusqu'à **30 ans** après l'exposition. - **Cancer du cavum** (**UCNT**) : **carcinome indifférencié**, lié à **EBV.** ➞ Fréquent en Asie du Sud-Est et Afrique du Nord.
Lésions bénignes orales à potentiel malin (LOPM)	- Lésions du revêtement épithélial muqueux, potentiellement précancéreuses avec risque de dégénérescence en carcinome épidermoïde. - 15 % des cancers des VADS. - Possible induction de carcinome épidermoïde des patients sans intoxication alcoolo-tabagique chronique. - **Lésions muqueuses blanches** : leucoplasie, leucokératose, lichen plan buccal et/ou lésions lichénoïdes, candidose chronique, leucoplasie verruqueuse proliférative. - **Lésions muqueuses rouges** : érythroplasie de Queyrat. - **Chéilite actinique chronique**.

HISTOLOGIE

Carcinome épidermoïde	- Cavité buccale. - Oropharynx. - Larynx. - Hypopharynx.
Adénocarcinome	- Fosses nasales et sinus.
Carcinome indifférencié (UCNT)	- Cavum.

	Lymphome malin	- Oropharynx. - Cavum.
DG	Signes d'appel	- **Dysphagie, dysphonie, dyspnée, douleur, otalgie réflexe, toux sèche, tuméfaction cervicale** chez un alcoolo-tabagique : examen ORL (recherche d'ulcération ou tumeur bourgeonnante) ➙ **panendoscopie + biopsie** sous AG. - **ADP cervicale** : **examen ORL + écho-ponction,** voire **cervicotomie exploratrice** en 2de intention (exérèse de l'ADP sans effraction capsulaire avec examen extemporané ➙ si carcinome : **curage ganglionnaire ± amygdalectomie** homolatérale à visée histologique (micro-carcinomes fréquents) en l'absence de primitif). - **Caractère unilatéral** et/ou **persistance dans le temps** sont évocateurs. - **AEG.**
	Extension	- **Examen ORL** : inspection endobuccale et oropharyngée, laryngoscopie indirecte, fibroscopie pharyngolaryngée, rhinoscopie, cavoscopie, palpation cervicale, du plancher buccal et langue ± **biopsie** si accessible. - **Panendoscopie des VADS au tube rigide** = systématique, sous AG, intubation non systématique : **hypopharyngoscope**, **œsophagoscope** (œsophage cervical), **laryngoscopie** + biopsies à a pince, examen clinique sous AG (réalisé après l'exploration au tube rigide : risque de saignement gênant l'exploration).
	Extension	- **TDM cervico-thoracique injectée** : recherche d'ADP infracliniques, MT pulmonaire ou cancer synchrone. - **IRM faciale** pour les tumeurs du rhinopharynx, de la cavité buccale ou de l'oropharynx : extension tumorale. - **Sérologie EBV** pour les tumeurs du rhinopharynx et les carcinomes indifférenciés de l'oropharynx. - **Consultation stomato** avec **panoramique dentaire** et **remise en état** : avant radiothérapie. - Extension à distance : • **PET-scanner** si haut risque métastatique (≥ N2b, ADP IV et V) ou cancer du cavum. • **RP face/profil** ou **TDM thoracique** ➙ **fibroscopie bronchique** si anomalie. • **Bilan biologique hépatique** ➙ **échographie hépatique** si anomalie. - Cancer synchrone **: endoscopie digestive haute** systématique (sauf si cancer du cavum ou des sinus).
BILAN PRÉ-THÉRAPEUTIQUE		- Orthophonique. - Odontologique. - Nutritionnel. - Respiratoire. - Cardiovasculaire. - Gériatrique si > 70 ans.
TTT		- **Chirurgie d'exérèse** (avec reconstruction) + **curage ganglionnaire** uni- ou bilatéral. - **Radiothérapie externe** (sur la tumeur et les ADP), **curiethérapie** : généralement en 6 semaines, après bilan stomato. - **Chimiothérapie** : à base de **cisplatine** et/ou **5-FU** essentiellement (+ **taxotère** si néo-adjuvante).
SURVEILLANCE ET PRÉVENTION		- **Examen général + ORL** avec **naso-fibroscopie** au besoin : tous les 2 mois pendant 1 an, puis tous les 3 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois pendant 2 ans, puis 1/an à vie. - **Radiographie pulmonaire** (face et profil) ou scan thoracique tous les ans si patient fumeur ou ancien fumeur. - **Dosage de la TSH** tous les ans, après irradiation cervicale ou thyroïdectomie partielle. - **TDM + panendoscopie des VADS** de référence dans les **6 mois** après le traitement, puis panendoscopie des VADS, fibroscopie œsophagienne, TDM thoracique, échographie hépatique, scintigraphie osseuse sur signe d'appel. - Cancer du rhinopharynx : **TDM ± IRM** tous les 6 mois pendant 2 ans, puis 1/an jusqu'à 5 ans. - Prévention : • Lutte contre le tabagisme et l'éthylisme chronique. • Vaccination anti-HPV.

<table>
<tr><td rowspan="4">CAVITÉ BUCCALE (30 %)</td><td>SF</td><td colspan="3">- Leucoplasie : plaque blanche ± granuleuse, visible sur la muqueuse.
- Lésions muqueuses chroniques à risque de dégénérescence : lichen plan…
- Ulcération (aphte) rebelle aux soins > 10-15 jours, sur une base indurée.
- Saignement facile au contact.
- Glossodynie, gêne buccale, douleur, dysarthrie, rarement otalgie réflexe (odynophagie), trismus (envahissement du m. ptérygoïdien).
- Anesthésie du V3.
- Limitation progressive et inexorable de l’ouverture buccale ou de la protraction linguale (infiltration musculaire).
- Hypersialorrhée, dysphagie : plus tardive.
- ADP sous-mentonnière Ia ou sous-mandibulaire Ib (50 %).</td></tr>
<tr><td>SC</td><td colspan="3">- Stade de début : leucoplasie ou leucokératose, induration.
- Stade confirmé : ulcération, bourgeonnement ou induration, saignant au contact, trouble de motilité linguale.</td></tr>
<tr><td>PC</td><td colspan="3">- Biopsie en consultation, sous AL : généralement carcinome épidermoïde (90 %), carcinome glandulaire (5 %)…
- TNM : - T1 : ≤ 2 cm - N1 : ADP homolatérale unique ≤ 3 cm - N3 : ADP > 6 cm
- T2 : 2 à 4 cm - N2a : ADP homolatérale unique 3 à 6 cm - M+ : poumon, foie
- T3 : ≥ 4 cm - N2b : ADP homolatérale multiple ≤ 6 cm osseuse (40 %)
- T4 : étendu à l’os, muscle… - N2c : ADP bilatérale ou controlatérale ≤ 6 cm</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td colspan="3">- Radio-chirurgical : exérèse large de la lésion + curage ganglionnaire + irradiation complémentaire (65-75 Gy).
- Curiethérapie interstitielle : proposée pour les tumeurs de petite taille, à distance des gencives STOP.</td></tr>
<tr><td rowspan="8">.OROPHARYNX (25 %)</td><td rowspan="8">Cancer de l’amygdale</td><td colspan="3">= Fréquent (15 % des cancers ORL) : carcinome (85-90 % des cas) ou lymphome malin (10-15 % des cas).</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Carcinome</td><td>SF</td><td>- Discret :
• Gêne pharyngée unilatérale, apparaissant à la déglutition.
• Otalgie persistante chez un alcoolo-tabagique > 50 ans.
- ADP sous-angulo-maxillaire IIa, dure ± fixée, indolore.</td></tr>
<tr><td>SC</td><td>- Tumeur bourgeonnante ulcérée avec infiltration profonde, saignant au contact, indurée au toucher de la loge amygdalienne.
- Diagnostic moins évident : tumeur de petite dimension, cachée derrière le pilier antérieur, au fond d’un recessus amygdalien ou atteignant le sillon amygdaloglosse, induration localisée.</td></tr>
<tr><td>PC</td><td>- Biopsie : affirme le diagnostic + forme histologique.</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td>- Chirurgie d’exérèse (bucco-pharyngectomie) + curage cervical + radiothérapie.
➙ Pronostic sévère : récidive locorégionale ou générale fréquente.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Lymphome malin</td><td colspan="2">= 50 % des lymphomes malins des VADS, majoritairement non hodgkinien.
- À tout âge, avec maximum à 60 ans, plus fréquent chez l’homme.</td></tr>
<tr><td>SF</td><td>- Gêne pharyngée, voix étouffée.
- Hypertrophie unilatérale d’une amygdale, aspect pseudo-phlegmoneux.
- ADP cervicale (révélatrice ou concomitante) : ferme, mobile ou poly-ADP.</td></tr>
<tr><td>Dg</td><td>- Biopsie tumorale ou d’une ADP (sur tissu non fixé pour étude cytogénétique).
- Stade :
• 1 : limité aux VADS.
• 2 : ADP sus-diaphragmatique.
• 3 : ADP sous-diaphragmatique.
• 4 : disséminé.</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td>- Polychimiothérapie ± radiothérapie : survie de 40-50 % à 5 ans si forme localisée.</td></tr>
<tr><td>Cancer du voile du palais</td><td colspan="3">- Généralement carcinome épidermoïde : favorisé par l’alcoolo-tabagisme ou des lésions leucoplasiques.
- Tumeur épithéliale d’origine salivaire = carcinome adénoïde kystique : plus rare, pronostic réservé (récidive, métastases pulmonaires).</td></tr>
</table>

		SF	- **Dysphagie haute.** - **Otalgie réflexe unilatérale.** - **ADP cervicale** dures, ± fixées : présente dans 50 % des cas, souvent bilatérales.
		SC	- **Ulcération indurée du voile mou** : diagnostic facile. - Aspect trompeur : **érythème diffus** d'aspect framboisé ou dépoli.
		PC	- **Biopsie** : affirme le diagnostic + type histologique.
		TTT	- **Radiothérapie** de la tumeur et des aires ganglionnaires, de 70-75 Gy. - **Chirurgie d'exérèse** = très mutilante : seulement si tumeur avancée ou échec de la radiothérapie. - **Curage ganglionnaire bilatéral** systématique.
	Cancer de la base de la langue		- Généralement **cancer épidermoïde** bien différencié, infiltrant et lymphophile, de haute gravité. - **Lymphome malin non hodgkinien** possible à ce niveau (amygdale linguale), très rare.
		SF	- **Dysphagie haute, otalgie réflexe, dysarthrie.** - **ADP cervicale** : très fréquente, souvent bilatérale.
		SC	- **Déviation homolatérale à la tumeur** lors de la protraction de la langue. - **Induration de la base** de la langue en arrière du V lingual à la palpation.
		PC	- **Biopsie** en laryngoscopie indirecte ou directe.
		TTT	- **Radiochimiothérapie** ± **chirurgie** (**ablation de la base de la langue** : mutilante, troubles de la déglutition, pouvant nécessiter une **laryngectomie totale** de nécessité), **curage bilatéral.** ➝ Pronostic sombre : évolution insidieuse (diagnostic retardé), infiltration diffuse dans le muscle lingual, lymphophilie bilatérale.
HYPOPHARYNX (15 %)	= **Carcinome épidermoïde bien différencié du sinus piriforme** : fréquent, de pronostic grave (évolution insidieuse, ADP). - Épidémiologie : 50-60 ans, prépondérance masculine (95 % des cas).		
	SF		- **Gêne pharyngée** latéralisée, puis **dysphagie haute** progressive. - **Otalgie réflexe unilatérale.** - **ADP cervicale moyenne unilatérale** (parfois surinfectée) : révélatrice dans 1/3 des cas. - Tumeur volumineuse : **dysphonie**, **dyspnée laryngée** (envahissement laryngé ou récurrentiel), **amaigrissement.**
	SC		- Examen de l'hypopharynx au **laryngoscope indirecte** ou **laryngo-fibroscope** par un ORL **: tumeur ulcéro-bourgeonnante du sinus piriforme**, associée le plus souvent à une mobilité laryngée unilatérale.
	Dg		- **Biopsie** : carcinome épidermoïde. - TNM : . T1 : limité à un siège isolé, larynx mobile . T3 : > 4 cm ou hémi-larynx bloqué . T2 : ↘ mobilité du larynx . T4 : extension en dehors du larynx ou cartilagineuse
	TTT		- **Chimiothérapie néo-adjuvante ➝ radiothérapie** si régression tumorale suffisante (évite la laryngectomie totale). - **Chirurgie d'exérèse = pharyngo-laryngectomie totale** avec **curage ganglionnaire bilatéral** en cas d'échec de la chimio-radiothérapie ou si tumeur avancée : chirurgie très mutilante (trachéostomie, mutilation vocale), avec **radiothérapie** ou **chimio-radiothérapie** concomitante systématique. ➝ Pronostic grave = 20 % de survie à 5 ans : récidive locale ou ganglionnaire, 2e localisation, métastase.
LARYNX (20 %)	**Cancer de l'étage glottique**		= **Carcinome épidermoïde différencié** : prédominance masculine (90 %). - FdR : **tabac ++**, **laryngite chronique** avec **dysplasie** (tabac, malmenage vocal), **RGO.**
		SF	**- Dysphonie ++** : précoce, progressive, permanente. - D'installation récente, variable dans la journée. - Chez un fumeur avec laryngite chronique : aggravation de l'enrouement, ne cède pas au TTT. - Autres (tardifs) : **dyspnée laryngée, gêne pharyngée** ou **dysphagie**, **otalgie, ADP** (rare).
		SC	- **Laryngoscopie indirecte** au miroir ou **naso-fibroscopie** : lésion tumorale glottique.

		PC	- **Laryngoscopie directe sous AG au microscope** : extension locorégionale, biopsie. - **TDM cervico-thoracique systématique** (ou IRM cervicale). - T : • T1a : limité à une corde vocale mobile. • T1b : limité aux 2 cordes vocales mobiles. • T2 : ↘ mobilité de la corde vocale ou extension au fond du ventricule. • T3 : hémi-larynx bloqué. • T4 : extension en dehors du larynx ou cartilage.
		TTT	- **Cordectomie** ou **radiothérapie externe** si cancer de la corde vocale mobile : très bon pronostic. - **Laryngectomie partielle** ou **subtotale reconstructive** si cancer plus étendu. - **Chimiothérapie néo-adjuvante** si cancer étendu → **radiothérapie** si régression suffisante. - **Laryngectomie totale** avec trachéostomie définitif si cancer évolué. → Pronostic favorable : 95 % de survie à 5 ans si corde vocale mobile, 50 % si laryngectomie.
	Cancer sous-glottique		- 1er signe : **dyspnée laryngée**, d'apparition tardive. - **Radiothérapie + chirurgie** : **laryngectomie totale** + **curage cervical** + **radiothérapie.** → Pronostic peu favorable : extension fréquente au corps thyroïde, récidive trachéale, lymphophilie.
	Cancer sus-glottique		= **Bande ventriculaire** et **épiglotte** : s'apparente plutôt aux cancers hypopharyngés. - Signes d'appels tardifs : **gêne pharyngée, dysphagie.** - **TTT radio-chirurgical** : **laryngectomie totale** ou **horizontale sus-glottique** + **curage** + **radiothérapie.**
RHINOPHARYNX (1 %)	**Carcinome indifférencié de type nasopharyngé** (forme la plus fréquente) : diffère des autres cancers des VADS. - Distribution géographique particulière : • Zone à haut risque : **Asie du Sud-Est** (Canton), **Alaska** (Inuits). • Zone à risque intermédiaire : **Maghreb.** • Zone à risque faible : **Europe, USA, Japon.** - À tous âge (non rare chez l'enfant et l'adolescent), touche les femmes dans 1/3 des cas. - **Non lié à l'alcoolo-tabagisme.** - **Facteur viral EBV** constant avec profil sérologique spécifique (↗ Ac anti-EBV). - Exposition : **nitrosamine** (alimentaire), **formaldéhyde** (maladie professionnelle).		
		SF	- **ADP cervicale** (50-90 %) : haute, postérieure, rétro-mandibulaire, parotidienne et sous-mastoïdienne, souvent bilatérale. - Symptômes otologiques (25 %, par obstruction tubaire unilatérale) : **hypoacousie de transmission, autophonie, bourdonnement, otite séreuse unilatérale.** - Symptômes rhinologiques (20 %) : **obstruction nasale, épistaxis, rhinorrhée séro-sanglante.** - Symptômes neurologiques (10-15 %) : **névralgie du V ou du IX, céphalées persistantes, paralysie oculomotrice.** → Associations fréquentes de plusieurs symptômes (2/3 des cas), facilitant le diagnostic.
		SC	- **Examen du cavum** par rhinoscopie antérieure et postérieur au naso**fibroscope** : localisation généralement latérale ou postéro-supérieure, aspect ulcéro-bourgeonnant ou infiltrant. - DD : **végétation adénoïde hypertrophique**, **polype antrochoanal**, **fibrome nasopharyngien** de la puberté masculine, ulcérations spécifiques (**tuberculose, sarcoïdose** : rare).
		PC	- Biopsie : • **Carcinome indifférencié de type nasopharyngé (UCNT).** • **Lymphome**, généralement **non hodgkinien** (10-20 %) • **Carcinome épidermoïde kératinisant** : patient éthylo-tabagique, non associé à EBV. - Bilan d'extension : • Atteinte osseuse basi-crânienne et des structures voisines : **TDM injectée, IRM, audiométrie.** • **PET-scanner** systématique : **MT** principalement **osseuse**, parfois **pulmonaire** et **hépatique.**
		TTT	- **Radiothérapie** de 65-70 Gy : traitement de référence. - **Chirurgie** : uniquement exérèse des reliquats ganglionnaires persistant > 2 mois après irradiation. - **Chimiothérapie** : selon le stade évolutif ou en cas de métastases avérées. → Pronostic : 30 % de survie à 5 ans, dépend du type histologique et de l'ostéolyse basi-crânienne (péjorative).

<table>
<tr><td rowspan="8">FOSSES NASALES ET DES SINUS (4 %)</td><td colspan="3">Cancers des fosses nasales et des sinus = Rare, grandes variétés histologiques, peu lymphophile.</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Cancer de l'ethmoïde</td><td colspan="2">- FdR :
• Profession du bois (maladie professionnelle) : même après une exposition courte (1 à 2 ans).
• Autres substances : nickel, nitrosamine, goudron de houille, amiante…
➔ Aucune influence notable de l'intoxication alcoolo-tabagique.</td></tr>
<tr><td>SF</td><td>- Syndrome nasal :
• Obstruction nasale unilatérale, rhinorrhée mucopurulente ± striée de sang.
• Épistaxis le plus souvent spontanée, unilatérale, répétée, sans cause locale.
- Syndrome oculaire : œdème de la paupière supérieure, dacryocystite, exophtalmie isolée, ptosis, paralysie oculaire, diplopie.
- Syndrome neurologique : douleur (rares au début), jusqu'à la névralgie faciale symptomatique.</td></tr>
<tr><td>SC</td><td>- Rhinoscopie antérieure : masse bourgeonnante hémorragique, ou banal polype réactionnel, unilatéral, cachant une lésion située plus haut (polype sentinelle).
- Examen de la cavité buccale, de la face et de la région orbito-oculaire : recherche d'extension.
- ADP cervicale très rare.</td></tr>
<tr><td>PC</td><td>Biopsie par voie naturelle, généralement sous contrôle endoscopique :
- Adénocarcinome le plus souvent.
- Autres (rares, sans lien avec les FdR professionnels) : tumeur nerveuse de la plaque olfactive (esthésio-neuroblastome), tumeur papillaire à potentiel malin (papillome inversé), mélanome
Bilan d'extension par TDM + IRM du massif facial : extension à la face, l'orbite ou au crâne.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Evolution</td><td>- Locorégionale : vers l'orbite, l'endocrâne (de mauvais pronostic), la fosse temporo-zygomatique et la fosse ptérygo-maxillaire, les autres sinus, la cavité buccale et la face.
- Extension ganglionnaire : rare (10 %).
- Extension métastatique dans 20 % des cas : poumon, os, cerveau.</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td>- Chirurgical : exérèse large de la tumeur par voie ORL seule ou ORL + neurochirurgicale.
- Radiothérapie complémentaire (sauf mélanome).
- Chimiothérapie : indications limitées si très étendue, récidive ou certains types histologiques.
➔ Survie à 5 ans = 40-50 %.</td></tr>
<tr><td>Cancer du sinus maxillaire</td><td colspan="2">= Carcinome épidermoïde : sujet âgé surtout, favorisé par une infection nasosinusienne chronique.
- Début algique, prédominant ou isolé : douleur dentaire à type de pulpite, névralgie faciale localisée au nerf sous-orbitaire avec anesthésie, algie faciale de type vasomotrice.
- Tableau de sinusite maxillaire aiguë ou chronique, avec rhinorrhée fétide et hémorragique.
- Signes buccodentaires : ulcération gingivale hémorragique, bombement alvéolaire, mobilité des molaires nouvellement apparue.
- Tuméfaction de la canine et de la joue.
➔ Examen clinique, bilan et traitement similaire au cancer de l'ethmoïde, de pronostic plus mauvais.</td></tr>
<tr><td>Autre</td><td colspan="2">- Tumeur de la cloison nasale : folliculite, rhinite vestibulaire traînante.
- Tumeur du sphénoïde : céphalées profondes ou postérieures, troubles ophtalmologiques (à proximité de l'apex orbitaire).</td></tr>
<tr><td>FDR</td><td colspan="3">- Antécédents familiaux de cancer des VADS.
- Tabac : brûlure chronique, composants toxiques (nicotine…) et cancérigènes (hydrocarbures…)
- Alcool : irritation locale (éthanol), dégradation hépatique (avitaminose A), solvant de substances cancérigènes du tabac.
- Irritation chronique de la muqueuse : mécanique (dent délabré, prothèse mal ajustée, morsure répétée), thermique (cigarette, alimentation brûlante).
- Exposition professionnelle : métaux lourds (chrome, nickel), amiante, travailleurs du bois…
- HPV cancérigène = cancer des amygdales linguales et palatines et de l'oropharynx : de meilleur pronostic, recherche virale sur l'histologie par PCR, hybridation in situ ou surexpression de la protéine p16 optionnelle (épidémiologique).</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3"></td><td rowspan="2">Lésion pré-cancéreuse</td><td>Lésion blanche</td><td>- Leucoplasie (leucokératose) : plage blanchâtre, souple, ne se détachant pas au grattage.
- Lichen buccal = lichen plan, érosif ou atrophique : placard érythémateux, irrégulier, parsemé de ponctuation grisâtres, adhérentes, fines et serrées.
- Candidose chronique : notamment de forme hyperplasique.
- Papillomatose orale floride : touffes de fines villosités, blanches/rosées, extensives, très récidivantes.</td></tr>
<tr><td>Lésion rouge</td><td>- Erythroplasie de Queyrat : plaques rouges, souvent étendues, superficielles, d’aspect velouté, à bords irréguliers ➙ dysplasie sévère ou carcinome in situ.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">TTT</td><td>Indication</td><td colspan="2">- Tumeur :
• T1/T2 : chirurgie (ou curiethérapie si distante des structures osseuse).
• T3/T4 : chirurgie + radiothérapie externe si possible, chimio-radiothérapie si non résécable.
➙ Privilégier une chirurgie exclusive à une radiothérapie exclusive si possible (la radiothérapie n’est pas réutilisable en cas de récidive de cancer local).
- ADP :
• Curage ganglionnaire en cas de chirurgie de tumeur primitive.
• Radiothérapie externe des aires de drainage lymphatique si radiothérapie de la tumeur primitive.
• Curage systématique en cas de curiethérapie sur tumeur N0.
- Thérapie ciblée = cetuximab (Ac anti-EGFR) : utilisée en palliatif associé à une chimiothérapie.</td></tr>
<tr><td>TTT adjuvant</td><td colspan="2">- Antalgique de classe II ou III.
- Correction de la dénutrition : hyper-alimentation entérale (sonde gastrique si besoin) ou parentérale.
- PEC des comorbidités associées : hépatique, respiratoire (BPCO).</td></tr>
<tr><td rowspan="5">COMPLICATION DE LA RADIOTHÉRAPIE</td><td colspan="3">- Mucite et dermite : dès le 15e jour, de l’érythème non douloureux, aux ulcérations saignantes, douloureuses, obligeant à une alimentation entérale ou parentérale.
- Hyposialie (systématique) : risque de carie (puis odontonécrose) ➙ prophylaxie fluorée systématique.
- Dysgueusie/Agueusie.
- Mycose : risque permanent, très fréquent.
- Complication dentaire (après 1 an) : caries du collet, fracture par fragilisation de la dentine, abrasion progressive, coloration noire des dents, odontonécrose.
- Limitation de l’ouverture de la bouche par myosite rétractile des muscles masticateurs.
- Réhabilitation dentaire prothétique difficile.
- Ulcérations torpides et nécroses muqueuses : trouble trophique post-radique ➙ à distinguer d’une récidive tumorale.
- Hypothyroïdie.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Ostéo-radionécrose mandibulaire</td><td colspan="2">= Par thrombose de la vascularisation osseuse : généralement extensive.
- Apparition précoce (à 3 mois) ou jusqu’à 10 ans après.
- Fonction de la dose, de l’âge et de l’hygiène buccodentaire.</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td>- Médical : antibiothérapie, oxygénothérapie hyperbare.
- Chirurgical : curetage osseux étendu, voire mandibulectomie.</td></tr>
<tr><td>Prévention</td><td>- Avant irradiation : soins et hygiène buccodentaire avec détartrage, avulsion de toute dent non correctement traitable ou siège de parodontopathie.
➙ Dans un délai > 1-2 semaines avant la radiothérapie/curiethérapie.
- À vie :
• Gouttière de fluoration : à vie, > 5 minutes/jour, à débuter après la fin de l’irradiation (après correction de la mucite).
• Surveillance dentaire 1 à 2 fois/an.
• Avulsion dentaire sous antibiothérapie.</td></tr>
</table>